

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

432

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

M. TCHATZKINE DAVID

Né à Odessa (Russie) le 19 Novembre 1889

Le Syndrôme de début
DE
l'Appendicite aiguë

Président de Thèse : M. le Professeur GILBERT.

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1926

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

M. T'CHATZKINE DAVID

Né à Odessa (Russie) le 19 Novembre 1889

Le Syndrôme de début

DE

l'Appendicite aiguë

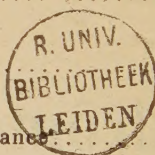
Président de Thèse : M. le Professeur GILBERT.

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.....
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	N...
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TEISSIER.
Clinique des maladies infectieuses.....	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

M.		MM.	
AVE.....	Pathologie chirurgic ¹ .	HOVELACQUE....	Anatomie.
MI.....	Pathologie médicale.	JOYEUX.....	Parasitologie.
RTIN.....	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
ET.....	Pathologie chirurgic ¹ .	LARDENNOIS....	Pathologie chirurgic ¹ .
QUIN	Pathologie médicale.	LE LORIER.....	Obstétrique.
.....	Physiologie.	LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
CHETIÈRE.	Chimie biologique.	LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
CA.....	Histologie.	LÉVY-SOLAL....	Obstétrique.
É.....	Pathologie médicale.	LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
UET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.	LIAN.....	Pathologie médicale.
NAT.....	Pathologie chirurgic ¹ .	MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ¹ .
PY.....	Histologie.	METZGER.....	Obstétrique.
Y.....	Pathologie médicale.	MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ¹ .
.....	Pathologie médicale.	MONDOR.....	Pathologie chirurgic ¹ .
É.....	Hygiène.	MOURE.....	Pathologie chirurgic ¹ .
UONG.. ..	Anatomie pathologique.	MULON.....	Histologie.
IR.....	Médecine légale.	PHILIBERT.....	Bactériologie.
LE.....	Obstétrique.	RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
INGER.....	Pathologie médicale.	RICHET Fils....	Physiologie.
.....	Pathologie médicale.	TANON.	Physique médicale.
ER.....	Pathologie expériment.	TANON.....	Pathologie médicale.
IER.....	Pathologie médicale.	VAUDESCAL....	Obstétrique.
-BOYER...	Urologie.	VERNE.....	Histologie.
		VILLARET.....	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

M.		M.	
EROT.....	Pathologie médicale.	RETTERER.....	Histologie
OT.....	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	LERI.....	Clinique médicale
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	LŒPER.....	Clinique médical
LAIGNEL LAVASTINE..	Clinique médicale.	PROUST.....	Clinique chirurgi
LEREBoullet..	Clinique médicale in fantile.	RATHERY.....	Clinique médical
		SCHWARTZ.....	Clinique chirurgi

CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique l'adulte pour les accidentés du travail, les m de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises o
dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation*

A MA MERE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Membre de l'Académie de Médecine.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

La description classique des phases de début de l'appendicite aiguë est la suivante :

Au cours d'une bonne santé, un sujet qui a fait des écarts de régime, ressent, dans la fosse iliaque droite, une douleur subite et vive.

Il présente un état nauséeux, quelques vomissements; le ventre est un peu ballonné, la constipation est de règle. La température est à 38°, 38°,5, le pouls à 80-90. L'exploration de l'abdomen révèle, dans la fosse iliaque droite, l'existence de signes qui sont indicateurs de l'appendicite aiguë : *douleur vive, spontanée et provoquée, siégeant au point de Mac Burney; défense musculaire siégeant dans la même région; hyperesthésie cutanée, à fleur de peau, ayant la même topographie.*

C'est ainsi qu'on décrit, généralement, le début des formes aiguës de l'appendicite; quant au développement ultérieur des manifestations cliniques, nous le passeront sous silence, notre but n'étant autre, dans ce travail, que de préciser les modalités du début de l'appendicite aiguë et non d'en décrire le tableau clinique général.

La description que nous venons de faire de l'appendicite aiguë traduit la conception moyenne qu'ont les auteurs (telle qu'elle apparaît dans les ouvrages), des accidents de début de l'appendicite aiguë ; mais certains assignent à cette maladie une période initiale qui a pour particularité d'être caractéristique dans ses manifestations abdominales ; c'est ainsi que l'on trouve nombre de descriptions dans lesquelles il est fait mention d'un *début solennel et brutal* caractérisé par l'apparition soudaine d'une douleur violente et transfixiante ayant pour siège la fosse iliaque droite et pour caractère d'atteindre d'emblée son maximum d'intensité ; c'est dans de telles descriptions que l'on caractérise cette douleur de début, signal symptôme de l'appendicite aiguë, en la désignant par une phrase qui fait image et qui compare cette douleur à un *coup de poignard frappé en plein abdomen*.

Cette douleur coup de poignard est une notion qui est si répandue, que s'homologue tant de médecins avec les modalités du début de l'appendicite aiguë, qu'un parasitologiste éminent soutenait, il y a quelques années, l'origine vermicieuse de l'appendicite, affirmait que la *douleur perforante* qui marque le début de l'appendicite aiguë n'est autre chose qu'une traduction sensitive d'un phénomène matériel marquant la perforation de l'appendice par un helminthe et son passage à travers les parois de cet organe. Cette conception parasitologique était même, pour cet auteur, l'une des questions « pierre de touche » qui lui ser-

vait, lors des examens de doctorat, à fixer son opinion sur le réel degré de savoir des candidats.

Nous relatons ce fait, non pour amorcer la discussion sur la réelle valeur d'une telle conception parasitologique, mais pour bien montrer que la *douleur abdominale ayant pour siège la fosse iliaque droite* est considérée d'une façon commune comme le *signal symptôme* de l'appendicite aiguë.

En 1923 et 1924, A.-C. Guillaume, dans une série de mémoires publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*, et qui étaient consacrés à l'appendicite et aux états colotyphliques, et dans un volume d'ensemble traitant de ces problèmes : « *Les Colotyphlites et le Syndrome iliaque droit* », a montré que le mode de début de l'appendicite aiguë était fréquemment très différent de celui que l'on décrit classiquement.

Voici ce qu'écrit A.-C. Guillaume en 1923 ⁽¹⁾ :

« Ces troubles intestinaux pseudo-colitiques de l'appendicite.

« Il n'est d'ailleurs pas impossible de retourner le sens du problème : les troubles intestinaux sont, en effet, la règle au cours de l'appendicite survenant chez un sujet n'ayant jusqu'alors éprouvé aucun trouble de ses fonctions digestives : constipation, diarrhée (avec les modifications de la motricité intestinale qui les accompagnent). »

Dieulafoy, Quintard, Broca, Aumont, Jalaguier, Sevardet, Moizard, Barling ont insisté sur les troubles

A.-C. GUILLAUME. *Appendicite colotyphlite et pérityphlite*. III^e mémoire.—*Gazette des Hôpitaux* n° 78, 29 septembre 1923, p. 1233.

des fonctions intestinales, et notamment la diarrhée, qui précèdent et accompagnent le début des appendicites aiguës.

« Quand on interroge de près les malades atteints d'appendicite aiguë, on note souvent, en effet, que des troubles absolument semblables à ceux de l'indigestion marquent le début de l'affection ; ils précèdent même de quelques heures l'apparition des symptômes locaux de l'appendicite. » (Guillaume rapporte ensuite une observation fort démonstrative.)

Dans son ouvrage d'ensemble sur les affections qui produisent le *syndrome iliaque droit* ⁽¹⁾, A.-C. Guillaume complète et précise ses conclusions de 1923.

« Je pourrais, dit-il, multiplier les observations de ce type ; je retrouve, en effet, les mêmes caractères sur un quart des malades environ, compris dans mes statistiques d'appendicite véritable et, par conséquent, dans une beaucoup plus forte proportion des malades atteints d'appendicite aiguë. Toujours ce sont les mêmes phénomènes que l'on observe : signes d'indigestion avec malaises, nausées, vomissements, coliques générales ou épigastriques, puis, secondairement, après plusieurs heures, douleurs qui se localisent à droite. »

Ainsi, en opposition avec la conception classique qui assigne à l'appendicite un début marqué par des douleurs et des signes musculaires ayant pour siège la fosse iliaque droite, il faut faire état de la descrip-

A.-C. GUILLAUME. *Les Colotyphlites et le syndrome iliaque droit. Appendicites Pericolites, colotyphlites*. 1 vol. G. Doñ et C^{ie}, Editeurs, Paris, 1924.

tion de Guillaume qui reconnaît, avec une grande fréquence, un début tout différent, à type d'indigestion, à l'appendicite aiguë.

Cette conception de Guillaume nous a paru si intéressante que nous lui avons consacré le présent travail. Nous nous efforcerons donc, à l'instigation du Docteur A.-C. Guillaume, de décrire dans cette thèse cette modalité particulière du début de l'appendicite, d'en préciser la fréquence et d'indiquer les conséquences pratiques qui peuvent résulter de l'observation et de la connaissance de ces faits.

CHAPITRE II

Les syndrômes de début de l'appendicite aiguë

Nous appuyant sur des observations, nous nous efforcerons, tout d'abord de préciser les caractères cliniques du syndrome de début de l'appendicite aiguë qui a été isolé par A.-C. Guillaume.

Le tableau clinique du syndrome de début de l'appendicite aiguë.

OBSERVATION I

Un médecin de 32 ans, jusqu'alors bien portant et en bonne santé à cette époque, ayant notamment un intestin qui fonctionnait « avec la régularité d'une pendule », fait un dimanche soir, chez des amis, un repas plus que copieux au cours duquel il use et, peut-être même — c'est lui qui le reconnaît — abuse d'un foie gras particulièrement succulent arrosé de vins généreux. Dans la nuit, il sent que « son dîner ne passe pas », l'estomac est embarrassé et douloureux, tant spontanément qu'à la pression du creux épigastrique. Après plusieurs heures d'un sommeil intermittent coupé de réveils brusques et peuplé de cauchemars, le malaise s'accroît, se compliquant d'un vomissement qui rejette en plusieurs fois, les aliments ingérés pendant le repas, puis du

liquide gastrique et duodénal. En même temps se produisent des coliques assez violentes, coliques diffuses, mobiles, et qui aboutissent à l'expulsion de selles d'abord pâteuses, puis liquides et séreuses; vers le matin la température est à 38°5, la bouche est sèche et mauvaise, le patient est las et dolent, le pouls bat à 100. Pensant qu'il s'agit d'une simple indigestion, le patient, qui est médecin, se met à la diète hydrique.

Les coliques, moins violentes, ne sont pourtant pas disparues, tout l'abdomen est sensible, non ballonné et sans modification apparente de la souplesse habituelle; en tout cas il n'existe aucune défense. La palpation montre, cependant, qu'il existe une sensibilité anormale et douloureuse au creux épigastrique et à la base du thorax, phénomènes que le patient attribue aux vomissements de la nuit. Il reste alité.

Graduellement, au cours de la matinée, les douleurs très vagues à type de coliques, qui persistent, se ramassent vers la moitié droite de l'abdomen, progressivement cette douleur devient plus intense et prend un caractère continu; cette douleur n'est pas seulement spontanée, mais la palpation de la fosse iliaque droite et du flanc droit décèlent un endolorissement très net et une certaine résistance mais aucune défense. Devant ces signes, le patient pense qu'il s'agit d'un encombrement stercoral ou d'une douleur de colite, et, la fièvre étant tombée à 37°5, le pouls étant à 80, le malade décide d'attendre au lendemain. Le tableau ne se modifie guère dans la fin de la journée et dans la nuit, sinon que la douleur, guère plus intense, est plus localisée et siège sur le bord du muscle grand droit, un peu au-dessus du plan passant par l'ombilic. La température n'a pas été prise le lundi soir ni le mardi matin.

Le mardi, la douleur ne s'étant guère modifiée, le malade vient consulter. A l'examen de l'abdomen, on constate :

1° L'existence d'une douleur provoquée, localisée dans

la région du point de Mac Burney et assez vive à une pression modérée ;

2° L'absence de tous autres points douloureux intestinaux (une légère douleur épigastrique est cependant provoquée par la pression) ;

3° L'existence d'une contracture très nette, localisée dans la région de Mac Burney. Le pouls est à 80-85. Ces signes font porter le diagnostic d'*appendicite subaiguë et l'opération est conseillée*. Celle-ci est pratiquée le lendemain. On trouve un appendice porteur de grosses lésions inflammatoires avec une petite plaque à voie de sphacèle. Guérison.

OBSERVATION II

Homme âgé de 23 ans, sans passé intestinal, ayant subi des fatigues et du surmenage pendant les mois précédents pendant lesquels il a eu une alimentation surtout carnée et fait des excès alimentaires ; est pris l'après-midi, après un repas tardif et rapide au cours duquel il mange des choux, de malaises, de nausées, avec douleurs abdominales vagues, fièvre. Il a l'impression que son repas ne passe pas, qu'il ne digère pas. Il s'alite donc de bonne heure, comptant sur une bonne nuit de repos pour le remettre en état. Il s'endort assez agité, le ventre légèrement endolori ; aussi le sommeil n'est-il pas calme avec des rêves ; dans la nuit le malade est réveillé par des coliques diffuses qui l'amènent à se lever et à aller à la selle ; il va en diarrhée à plusieurs reprises dans la nuit, puis se rendort. Le lendemain matin les coliques se font plus violentes et la douleur tend à prédominer à droite. Enfin, vers 10 heures du matin, la douleur est nettement localisée dans la fosse iliaque droite. La miction est fréquente, peu abondante, difficile, fort douloureuse (tenesme vésical), la température est à 38°5, le pouls à 90-100.

Le malade est examiné à ce moment et l'on constate, en outre d'une douleur très vive sur le bord externe du

grand droit en regard de l'ombilic, une contracture musculaire de la même région.

Transporté à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë, le malade est mis au traitement de refroidissement (glace, diète).

Dans les jours qui suivent, les troubles s'amendent. Le troisième jour dans la nuit, reprise des douleurs qui diffusent à tout l'abdomen ; il se produit du ballonnement, la température s'abaisse (hypothermie), le pouls s'accélère et devient filant, collapsus. Opéré au matin du quatrième jour (laparatomie latérale droite), on trouve une péritonite généralisée par perforation de la base de l'appendice et un abcès pelvien autour de la pointe d'un appendice très long. Guérison.

OBSERVATION III

Une femme âgée de 25 ans, constipée depuis 2 ou 3 ans, n'ayant jamais antérieurement éprouvé de douleurs abdominales, entre à l'hôpital pour une crise douloureuse ayant pour siège l'abdomen et qui a débuté il y a deux jours. L'interrogatoire permet de reconnaître les faits suivants :

La malade (en très bonne santé) déjeune l'avant-veille à 11 heures, d'un très bon appétit, avant de s'embarquer en chemin de fer pour venir à Paris. Etant dans le train, la malade est prise, vers 1 h. 1/2 de l'après-midi, de malaises, de nausées, et elle commence à rendre son repas. Ces vomissements se répètent, se font de plus en plus abondants et s'accompagnent d'une sensation de malaise intense avec vertige et frissons, et de douleurs ayant pour siège la région épigastrique.

Jusqu'ici rien qui étonne la malade ; c'est, pense-t-elle, une indigestion provoquée par le chemin de fer. Dans les heures qui suivent les vomissements cessent d'ailleurs, la malade restant nauséuse et fort abattue.

Le soir, en arrivant à Paris, le malaise s'est encore accentué. A 17 h. 30, en arrivant et pensant se remettre, elle ingère de la tisane chaude ; elle est alors reprise de vomissements très violents et de violentes douleurs dans l'épigastre. Elle s'alite et fait appeler un médecin qui prescrit de l'eau chloroformée. Toute la nuit la malade souffre, ne dort pas, et rejette, par vomissements, un liquide vert. Au matin, les douleurs qui ne s'étaient manifestées jusqu'alors qu'au creux de l'épigastre, puis ensuite dans tout l'abdomen, se localisent « dans le ventre à droite ». La malade prend sa température et constate que le thermomètre indique 38°.

C'est dans ces conditions que la malade est transportée à l'hôpital (milieu du 2^e jour). A l'examen on constate l'existence d'une douleur subjective très vive dans l'abdomen à droite, avec douleur provoquée très vive dans la région de Mac Burney et contracture prédominante dans la même région, mais avec ébauche de contracture à gauche.

On porte le diagnostic d'appendicite aiguë avec péritonite appendiculaire tendant à diffuser, et à l'opération on trouve, en outre d'une péritonite droite qui tend à diffuser, un appendice gangrené. Appendicectomie. Guérison.

Nous pourrions aisément multiplier les observations dans lesquelles l'évolution des phénomènes morbides est analogue à celle qui caractérise les faits que nous venons de rapporter.

Ici, c'est un garçon de 15 ans qui est pris trois heures après un repas dans la composition duquel entraient des haricots blancs, de malaises, de nausées et de coliques, en somme d'une indigestion avec vomissements, quatre à cinq heures après le repas. Les haricots ingérés, rendus sous une forme analogue à celle sous laquelle ils avaient été déglutis. Dans la

nuît, soit environ douze heures après le début des accidents, les douleurs, d'abord vagues, se localisent progressivement dans l'abdomen, à droite, et le lendemain matin, à l'entrée à l'hôpital, on trouve les signes d'une appendicite aiguë, diagnostic que confirme l'opération.

Là, c'est un garçon de 14 ans, en séjour chez des parents, à l'époque du Jour de l'an qui, dans l'après-midi, digère mal son repas, a des nausées, de vagues coliques diffuses et un peu de diarrhée; rien d'inquiétant pourtant, puisqu'il ne s'alite pas. Dans la soirée les phénomènes s'accroissent, le malade, fort nauséux, refuse le repas du soir qu'on lui offre; il se couche et, progressivement, les douleurs s'atténuent.

Le lendemain matin, toujours nauséux, il est repris de douleurs plus violentes qui prédominent nettement maintenant à droite. A l'examen, dans la matinée, on constate une douleur fort nette au point de Mac Burney avec une contracture évidente. Température 37°,5, pouls 80. On porte le diagnostic d'appendicite, mais la famille n'étant pas à Paris, on diffère l'intervention. Celle-ci est pratiquée quelques jours après, et on trouve un appendice turgescant et enflammé.

Toutes ces observations ont les plus forts caractères d'analogie, sinon de quasi similitude, il nous paraît donc inutile d'en répéter la description, et nous croyons préférable d'en résumer les caractères principaux en un tableau clinique d'ensemble qui fera

mieux comprendre les particularités de ce syndrome de début de l'appendicite aiguë.

Le début des accidents est généralement en rapport avec un repas anormal en qualité ou quantité, certains mets, de digestion difficile, sont souvent, à cette occasion, incriminés par les malades : les haricots, les choux, la choucroute, la charcuterie, une crème, un œuf pas frais, les huîtres, les moules sont, tour à tour, incriminés par les patients; parfois aussi c'est une émotion qui est venue interrompre le repas ou la digestion, un repas trop rapide et quelque peu bousculé, un voyage en chemin de fer, le saisissement qu'opère le froid brusque, sont les éléments déclanchants qui sont mis en cause par les malades, comme raison déterminante et provocatrice du début des accidents.

Quoi qu'il en soit, deux à trois heures après le repas incriminé, le malade constate que « *l'estomac ne va pas* » ; un sentiment de gêne épigastrique, une respiration difficile, la tête lourde, un peu de vertige; un état saburral des voies digestives, des renvois, des nausées, des haut-le-cœur, un malaise général indéfinissable, des frissons, de l'asthénie, la sensation de plénitude gastrique, indiquent que le *repas ne passe pas*. Ces malaises vont en s'accroissant et bientôt après aboutissent à un ou plusieurs vomissements, à des coliques intermittentes, d'abord sèches ou accompagnées de gaz, puis souvent à des selles répétées et même à de la diarrhée liquide, de selles alvines et séreuses qui se multiplient très souvent. La céphalée, ou tout au moins une lourdeur de tête, le sentiment

du « casque qui enserre la tête », les frissons, le refroidissement des mains et des pieds, les sueurs froides, parfois un peu de douleur dans la gorge, sont autant de troubles qui, avec les perturbations du pouls et, souvent, une légère fièvre, font comprendre au patient que l'importance des troubles dépasse le degré d'une simple digestion difficile ; c'est donc à l'indigestion qu'il pense alors.

Si, à ce moment, on examine le patient, on est fort tenté de conclure avec lui au diagnostic d'embarras gastrique, d'ingestion ou d'un début de maladie infectieuse de nature imprécise mais, fait tout particulièrement important, à ce moment, l'examen attentif de l'abdomen ne révèle rien autre chose qu'une région épigastrique sensible à la pression, parfois un peu tendue et clapotante; le reste de l'abdomen apparaît indemne ou, tout au plus, trouve-t-on un peu de sensibilité diffuse sans aucun caractère précis et sans contracture des muscles abdominaux. Rien, à ce moment, ne permet donc de penser à l'existence d'une appendicite aiguë en cours d'évolution.

Il en est ainsi pendant un certain nombre d'heures, temps qui est variable suivant les malades observés et qui varie de trois ou quatre heures, jusqu'à quinze-dix-huit heures et parfois même plus.

En général, c'est vers la sixième-quinzième heure que le tableau se modifie. A ce moment, en effet, apparaissent les signes vraiment révélateurs de l'appendicite : les douleurs qui étaient diffuses, généralisées à tout l'abdomen, se localisent progressivement

dans l'hémi-abdomen à droite, comme si ces douleurs se ramassaient et se concentraient dans la fosse iliaque droite. Si l'on veut tenter une comparaison, l'on peut dire que les douleurs, d'abord diffuses, sont ramassées et concentrées dans la fosse iliaque droite, tout comme avec le balai on ramasse, aux quatre coins d'une pièce, les poussières pour les amasser en un endroit; en même temps, la douleur devient continue, plus vive, lancinante; au lieu des douleurs erratiques intermittentes, c'est une douleur fixe et vive de *point de côté abdominal*.

Tels sont les signes subjectifs qu'accuse le malade dans la deuxième étape de la maladie; de même, à cette deuxième période, les signes objectifs changent: au stade de début, nous l'avons vu, l'examen de l'abdomen restait négatif montrant, tout au plus, l'existence d'une légère douleur épigastrique (fort bien expliquée d'ailleurs par les vomissements et les coliques), mais l'examen de la fosse iliaque droite reste absolument négatif, ne montrant ni douleur provoquée localisée, ni défense, ni contracture; au stade second de la maladie, quand les douleurs se localisent à droite, on assiste à l'apparition des signes objectifs révélateurs de l'appendicite.

La pression exercée dans la fosse iliaque droite par la main qui la palpe, éveille ou accentue la *douleur*, qui est ressentie spontanément, et cette douleur correspond assez exactement avec la région décrite par Mac Burney comme étant celle dans laquelle on trouve les signes révélateurs de l'appendicite; dans

cette même région, on note l'existence d'une *hyperesthésie cutanée*, signe auquel Dieulafoy attachait, à juste titre, une certaine importance; enfin on constate l'existence d'une *défense musculaire* ou, ce qui a bien plus de valeur, comme le dit A.-C. Guillaume, d'une *contracture musculaire localisée vers le bord externe du grand droit dans la région para-ombilicale*.

A ce moment, le diagnostic d'appendicite aiguë apparaît évident.

A partir de ce moment on pourra voir évoluer la maladie dans un sens différent, aboutir par exemple à la constitution d'un *abcès de la fosse iliaque droite* ou à l'apparition et à l'évolution d'une *péritonite diffuse purulente ou septique* à épanchement séro-purulent, mais comme notre intention n'est pas d'étudier l'appendicite aiguë dans ses caractères d'ensemble, mais d'exposer seulement les particularités de son syndrome au début, nous arrêterons là notre étude descriptive des caractères cliniques de l'appendicite aiguë.

CHAPITRE II

Etude synthétique et syndrôme de début de l'appendicite aiguë

Dans le premier chapitre de notre étude du syndrome de début de l'appendicite aiguë, nous avons indiqué les particularités d'un des aspects cliniques de cette maladie, particularité sur laquelle a insisté à juste titre A.-C. Guillaume; dans ce deuxième chapitre de notre travail, nous allons nous efforcer de préciser quelle est l'importance pratique de ce syndrome, c'est-à-dire quelle est sa fréquence relative.

Comme nous l'avons vu, dans toutes les descriptions classiques, toutes plus ou moins inspirées de celle de Dieulafoy, le début de l'appendicite aiguë est indiqué par une *violente douleur dont le siège est la fosse iliaque droite*; cette douleur serait, d'après ces descriptions classiques, si soudaine dans son intensité, qu'on la compare souvent à *un coup de poignard*. C'est donc cette douleur en coup de poignard qui

marquerait le début des accidents morbides dont le déroulement ultérieur caractérisera l'appendicite aiguë; on est donc en droit de dire que, dans l'appendicite aiguë, la douleur constitue, aux yeux des auteurs, le symptôme initial, le *signal symptôme*; on a frappé les trois coups du régisseur, le rideau se lève et la pièce commence.

Comme nous l'avons vu d'autre part, une telle conception est parfois prise en défaut quand on interroge attentivement les patients sur les caractères des phénomènes morbides qui ont marqué le début des accidents d'une affection qui, par la suite, s'est révélée être une appendicite aiguë; quand il en est ainsi, comme nous l'avons vu, le début de la maladie est marqué par un ensemble de troubles qu'évoque beaucoup plus l'idée d'une indigestion que celle d'une affection appendiculaire. Enfin, quand il en est ainsi, nous l'avons vu également, la maladie évolue en trois phases successives sur lesquelles insiste A.-C. Guillaume :

1° *une phase initiale prodromique, une manière de prélude, le syndrome de début*, que l'on peut considérer comme un *stade d'envahissement* de la maladie ;

2° *une phase secondaire au cours de laquelle apparaissent les signes révélateurs de l'appendicite, et que l'on peut désigner sous le nom de phase d'appendicite confirmée* ;

3° *une phase tierce au cours de laquelle l'appendi-*

cite va évoluer vers l'une quelconque des conséquences habituelles de l'appendicite aiguë.

Quelle est la durée respective comparative de chacune de ces phases ?

Pour ce qui est des phases seconde et tierce point n'est besoin de revenir sur des faits qui sont trop connus pour mériter un développement; chacun sait, en effet, que la durée de ces phases est très variable d'un malade à l'autre, et chacun sait aussi, que suivant l'apparition des accidents péritonéaux localisés ou généralisés, l'apparition de complications, suivant la rapidité d'évolution de ces phases et la vitesse de passage de l'une à l'autre forme, on distingue diverses formes cliniques : *appendicites à marche suraiguë* avec péritonite septique prédominante, *appendicites à marche aiguë* (péritonite purulente localisée ou généralisée), *appendicites à marche subaiguë* (péritonite localisée à forme d'abcès), *appendicites à forme résolutive* (appendicites évoluant spontanément vers la guérison avec formation d'adhérences péri-appendiculaires plus ou moins étendues).

Pour ce qui est de la phase initiale, il est nécessaire, par contre, d'apporter quelques précisions.

La durée de cette phase est apparue, parmi les malades que nous avons interrogés, et chez lesquels nous avons pu reconnaître l'existence du syndrome de début à type d'indigestion, quelque peu variable; nous avons constaté ainsi que, chez certains malades, cette phase d'indigestion était courte, durant deux à trois heures environ; que chez d'autres patients elle

était longue, durant de quinze à vingt-quatre heures ; mais, dans la très grande majorité des cas, nous avons constaté que cette phase de début à type d'indigestion, si l'on peut s'en référer aux dires des patients, avait une durée moyenne, et que le moment de l'apparition des signes subjectifs ou objectifs qui pouvaient être considérés comme étant les premiers signes révélateurs de l'appendicite aiguë, peut être fixé, dans ces cas, à la sixième-quinzième heure de l'évolution de la maladie. depuis le moment où sont apparus les premiers malaises (survenant d'ailleurs chez un sujet jusque-là en bonne santé générale), indicateurs de la maladie (nous avons vu que ces premiers malaises surviennent en général de une heure à trois heures après un repas). La durée de l'évolution du syndrome de début est donc, ainsi, en moyenne, dans la très grande majorité des cas observés, de six à quinze heures; cette durée est, d'une façon beaucoup plus rare, plus courte (1 heure à trois heures environ), ou plus longue (dix-huit à vingt-quatre heures environ).

Quelle est, maintenant, la fréquence avec laquelle on observe ce syndrome de début ? C'est là un point d'importance capitale et qui donne à la connaissance d'une phase prémonitoire, à type d'indigestion, dans l'appendicite aiguë, toute sa valeur absolue.

Il est bien évident, en effet, que si cette modalité ne s'observe qu'à titre exceptionnel, sa connaissance, pour importante qu'elle soit, n'a pas d'autre importance que celle que l'on doit attacher à une particularité clinique, dont le médecin doit être averti, certes,

mais qui ne mérite pas d'autre commentaire, et si le syndrome de début est éventualité d'observation fréquente, il y a lieu, par contre, d'envisager avec soin les conséquences pratiques qui peuvent en résulter.

Pour fixer notre opinion sur ce point, nous avons interrogé un certain nombre de malades atteints d'appendicite aiguë, en insistant auprès d'eux pour connaître les caractères de leur maladie à ses premiers débuts.

En totalisant les observations que nous avons faites et celles de A.-C. Guillaume, et en nous tenant exclusivement aux formes aiguës de l'appendicite, à l'exclusion des formes subaiguës, traînantes, et de tous les cas que l'on classe ordinairement avec le diagnostic d'appendicite chronique, nous réunissons dans ce travail un total de 92 cas, parmi lesquels on note, à l'interrogatoire des malades, 49 fois, soit environ 50 % *des cas*, et de la façon la plus nette, une histoire de syndrome de début à type d'indigestion ; et nous n'avons tenu compte, bien entendu, que des cas où ce syndrome était des plus net.

Le nombre de nos observations est évidemment beaucoup trop faible pour que nous puissions fixer, d'une manière quelque peu précise, la réelle incidence du syndrome de début à type d'indigestion au cours de l'appendicite aiguë, aussi ne cherchons-nous pas à formuler une telle conclusion, mais le nombre de cas que nous avons réunis au cours de cette enquête nous permet, par contre, de répondre à la question que nous nous posons, de savoir si ce syndrome est une

éventualité exceptionnelle ou si, au contraire, c'est une forme que l'on observe avec une certaine fréquence; le résultat de notre enquête nous permet, en effet, d'opter pour la deuxième éventualité et de *dire que le syndrome de début à type d'indigestion s'observe fréquemment au cours de l'appendicite aiguë.*

Une telle conclusion comporte, comme nous l'avons dit précédemment, une série de commentaires.

CHAPITRE III

Importance du syndrome de début pour le diagnostic de l'appendicite aiguë

Ce syndrome de début, dont nous avons constaté l'existence chez la moitié de sujets atteints d'appendicite aiguë, qu'il nous a été possible d'interroger, a une grosse importance diagnostique.

Supposons, en effet, que le médecin soit appelé auprès d'un patient dans les six ou dix premières heures du début de la maladie; il va se trouver, alors, dans une forte proportion des cas, *en présence d'un sujet accusant des troubles que l'on peut, à bon droit, considérer comme traduisant seulement une indigestion, une gastro-entérite infectieuse, un début de grippe à forme digestive*, en somme l'un de ces états que l'on classe parfois sous le nom d'*embarras gastrique fébrile*.

L'état de malaise intense, les nausées, les vomisse-

ments (à type d'intolérance gastrique), souvent la diarrhée, la douleur épigastrique spontanée et provoquée par la pression (symptôme banal chez les sujets qui vomissent), les douleurs à type de violentes coliques diffuses dans tout l'abdomen, enfin le fait sur lequel insisteront souvent les malades, que tout l'état morbide est apparu à la suite d'un repas « qui est resté sur l'estomac », d'un mets qui n'a pas été digéré et qui n'a pas « passé ». Tout cet ensemble concordant de manifestations est bien fait, reconnaissons-le, pour orienter le diagnostic dans une voie fautive, celle de l'indigestion ou de la gastro-entérite infectieuse et, *ce qui est plus grave, vers une thérapeutique intempestive et dangereuse.*

Le diagnostic d'indigestion et d'embarras gastrique fébrile (gastro-entérite infectieuse) est, en effet, chez beaucoup de médecins équivalent, dans l'ordre thérapeutique, de purgation. Or, on sait que la pratique de la purgation est, dans l'appendicite aiguë, accusée des pires méfaits, et combien de perforations appendiculaires n'ont-elles pas été imputées à cette purge administrée au début de l'appendicite. Sans prendre part sur cette question de savoir *si la purgation peut être ou non génératrice de perforations appendiculaires*, fait qui n'apparaît pas, disons-le, comme tout particulièrement démontré, il apparaît comme probable, par contre, que *la purgation est réellement nocive dans l'appendicite aiguë*; en effet, d'une part, les mouvements de l'intestin qui sont pro-

voqués par la purge tendent à diffuser l'infection péritonéale, partant à augmenter la surface de séremse qui résorbe des toxines et la zone parésiée d'intestin qui est une occlusion d'origine péritonéale, toutes conditions favorisantes du développement de la septico-toxémie qu'est l'appendicite aiguë; d'autre part, la purgation provoque, ne l'oublions pas, un état de shock intense dû, semble-t-il, à la déshydratation brutale; cet état de shock, qui vient s'ajouter à la dépression qui relève de la septico-toxémie appendiculaire, n'est certes pas de nature à favoriser l'issue favorable de la lutte qu'entreprend l'organisme pour juguler ce double état infectieux qu'est l'appendicite aiguë (infection primitive, infection péritonéale secondaire). *A tous ces titres il apparaît que la purgation n'est pas une prescription heureuse dans les cas d'appendicite aiguë.*

Il nous apparaît dans ces conditions, comme de bonne précaution de s'abstenir, au début des indigestions et autres embarras gastriques fébriles, de purger les malades, ou tout au moins d'en différer l'ordonnance jusqu'à la dixième-treizième heure, époque à laquelle les signes d'appendicite, ceux de la phase confirmée sont apparus. C'est là une première conséquence qui découle de constatations que nous avons rapportées, de la fréquence avec laquelle s'observe le syndrome de début de l'appendicite aiguë. Une autre conséquence importante également est celle d'entraîner une erreur de diagnostic préjudiciable, pour d'autres raisons, au malade.

D'autres erreurs de diagnostic peuvent, en effet, être faites : *l'intensité des vomissements, le caractère très vague des douleurs abdominales* peuvent faire penser à un *empoisonnement*, à une *crise gastrique*, à une *maladie infectieuse qui s'installe*, tous états qui, à leur début, ont une grande analogie avec l'indigestion, partant avec le syndrome de début de l'appendicite; les *crises gastro-intestinales avec douleurs abdominales, vomissements, souvent diarrhée, céphalée, malaise intense, qui surviennent à l'occasion des règles*, chez les *dysménorrhéïques*, l'*accès migraineux*; sont également des causes éventuelles d'une erreur de diagnostic.

Or, dans les affections aiguës, l'erreur de diagnostic est le plus souvent la porte ouverte aux interventions intempestives ou à l'abstention souvent aussi préjudiciable.

Comme nous l'avons vu, la caractéristique de l'appendicite étant, dans ces formes, d'évoluer en deux phases successives : 1° *une phase prodromique ou envahissement à caractère d'indigestion* (durant de 6 à 15 heures); 2° *une phase seconde de localisation des douleurs et des signes dans la fosse iliaque droite*, il importe, pour éviter une erreur de diagnostic, une erreur de traitement (ou absence de traitement) qui seront préjudiciables au patient, *de revoir le malade à plusieurs reprises dans les vingt-quatre premières de la maladie*, d'éviter de porter un diagnostic ferme d'indigestion avant la quinzième heure et de conclure dans ce sens auprès de la

famille ; il faut, au contraire, savoir formuler des réserves, réserver notamment le diagnostic possible d'appendicite et prévoir cette éventualité pour agir opératoirement sans aucun retard si l'évolution confirme l'appendicite.

La connaissance de ce syndrome de début de l'appendicite aiguë, explique, en outre, pourquoi le médecin qui est appelé quelques heures après un confrère, s'étonne, et parfois sans aucune bienveillance, vis à vis du médecin qui l'a précédé, au chevet du patient, de ce que l'appendicite a été méconnue. Ceci explique pourquoi également l'entourage d'un malade s'émeut de ce qu'un médecin appelé au début de la maladie « n'a pas vu l'appendicite, a parlé d'indigestion », et qu'un autre médecin, « plus habile évidemment », qu'on a fait venir quelques heures plus tard, parce que, malgré le traitement prescrit, et en contradiction avec le pronostic rassurant porté peu de temps auparavant par le médecin, l'état du patient a empiré.

Pour éviter de tels mécomptes, pour ne pas contribuer à enlever au malade les chances de guérison qu'il a dans une appendicectomie précoce, il faut donc revoir, après quelques heures, ces malades, qui évoquent l'idée d'indigestion, et les surveiller avec la même attention qu'on surveille un patient victime d'une contusion abdominale ; dans l'un comme l'autre cas, « c'est l'expectative à main armée » qui s'impose et, dans l'un comme dans l'autre cas, il y aura des patients chez lesquels, après quelques heures de sur-

veillance, l'évolution démontrera l'indispensabilité de l'intervention et d'autres, au contraire, chez lesquels, après quelques heures d'attente angoissée, la menace d'opération s'évanouira en même temps que tout rentre dans l'ordre.

CONCLUSIONS

I. — *L'étude des modalités cliniques de début de l'appendicite aiguë montre que cette affection est loin de débiter toujours par des troubles ayant pour siège la fosse iliaque droite.*

II. — Chez un certain nombre de patients on constate que l'apparition des signes localisés de l'appendicite (douleurs dans la région de Mac Burney, contracture et défense musculaire, hyperesthésie cutanée), *est précédée d'une phase PRÉMONITOIRE dont la symptomatologie n'est, en aucune façon, appendiculaire.*

III. — *Cette phase prémonitoire, SYNDROME DE L'APPENDICITE AIGÜE, est caractérisée par un ensemble de troubles analogues à ceux de l'indigestion (début à la suite d'un repas anormal et qui n'a pas été digéré, malaise général, nausées, vomissements, coliques vagues, intermittentes, sans aucune localisation précise, diarrhée), ou analogues encore à ceux qui mar-*

quent le début des maladies infectieuses ou des états infectieux gastro-intestinaux.

IV. — A la suite des troubles qui caractérisent ce stade initial, on voit s'installer, après un certain nombre d'heures, les signes qui témoignent de l'atteinte de l'appendicite (signes localisés à la fosse iliaque droite); c'est la phase seconde ou confirmée de l'appendicite aiguë.

V. — Le syndrome de début de l'appendicite s'observe avec une importante fréquence dans l'appendicite aiguë; il semble exister, en effet, chez la moitié environ des patients.

VI. — L'existence, comme la fréquence relative de ce syndrome, impose certaines précautions, notamment celle de surveiller attentivement l'évolution des troubles chez les patients qui semblent, à un premier examen, atteints D'INDIGESTION, D'EMBARRAS GASTRIQUE FÉBRILE, de GASTRO-ENTÉRITE AIGÜE, et ceux chez lesquels on pense au début aigü d'une maladie infectieuse; chez tous ces patients, revoir le malade après quelques heures, explorer attentivement la fosse iliaque droite à chaque nouvel examen, est pour le médecin, une règle de conduite dont il constatera souvent l'utilité. En prescrivant un traitement à un malade que l'on suppose atteint d'indigestion, avoir présent à l'esprit que l'on est peut-être en présence d'une appendicite aiguë qui commence, et par consé-

quent, éviter de prescrire toute médication qui est de nature à contrecarrer la bonne évolution de l'appendicite; éviter notamment de prescrire une purgation sans avoir la certitude que l'appendicite n'est pas en cause.

VU : *Le Doyen,*
ROGER.

VU, : *Le Président de Thèse,*
GILBERT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons limité notre bibliographie aux seules références indispensables et se rapportant aux faits étudiés dans ce travail ; on trouvera d'ailleurs, dans l'ouvrage de A.-C. GUILLAUME, *Les Colotyphlites et le Syndrome iliaque droit*, la bibliographie complète de cette question.

G. DIEULAFOY. — *Manuel de Pathologie interne*, 16^e édition. AUMONT. — *De l'appendicite cholériforme et de la diarrhée dans l'appendicite*. Thèse de Paris, 1905-1906.

A. BROCA. — *L'Appendicite*, 1 vol. des *Actualités médicales*.

A.-C. GUILLAUME. — *Appendicite, Colotyphlites et Pérityphlite*. (*Gazette des Hôpitaux*, n^{os} 68, 76 et 78, août et septembre 1923.)

— *Les Colotyphlites et le Syndrome iliaque droit*. (*Appendicites, péricolites, colotyphlites*, 1 vol. G. Doin, éditeur. Paris, 1924.)

JALAGUIER. — Article *Appendicite* du *Traité de Chirurgie*, 2^e édition. Paris, 1898.

QUINTARD. — *Diarrhée au début de l'Appendicite*. Thèse de Paris, 1906-1907.

SEGOND et MOIZARD. — *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1904.

